

## เส้นทางกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ : จากรัฐบาลทักษิณถึงรัฐบาลสุรยุทธ์

### Path to National Health Law: From Thaksin to Surayud Government

วรัญญู เสนาสู (Waranyoo Senasu)\* ดร.อรรถสิทธิ์ พานแก้ว (Dr.Attasit Pankaew)\*\*

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ ต้องการศึกษาและทำความเข้าใจเส้นทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความสำเร็จในการผลักดันกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการพิจารณากระบวนการนโยบายที่นำไปสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ภายใต้ปรากฏการณ์ทางการเมืองที่มีกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาต่อรองเชิงสถาบัน และเพื่อต้องการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสถาบันที่กำกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ตลอดจนข้อสังเกตที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยงานศึกษานี้ได้นำทฤษฎีและกรอบความคิดในทางกระบวนการนโยบาย ได้แก่ (1) Advocacy Coalition Framework (2) Multiple Streams Analysis (3) Narrative Policy Framework มาอธิบายกระบวนการนโยบายกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบว่าทฤษฎีใดมีจุดเด่น จุดด้อย ในการอธิบายกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของไทย ซึ่งพบว่าความสำเร็จของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ เกิดจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ การรวมกลุ่มเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง การมีโอกาสดักดันนโยบายในเวลาที่เหมาะสม ความสามารถในการสร้างความหมายใหม่ของ “สุขภาพ” และโครงสร้างสถาบันทางการเมืองของไทย

#### ABSTRACT

The path to the National Health Act B.E. 2550 involved a large number of advocacy groups, oppositional forces, and negotiation between actors under particular institutions. This paper examines the factors that lead to the enactment of the law by adopting three policy process frameworks: Advocacy Coalition Framework, Multiple Streams Analysis, and Narrative Policy Framework. The paper illustrates how each framework provides the explanation of the policy process and points out the strengths and weaknesses. This results in four different factors that explain the enactment: (1) the ability to form a strong health network; (2) the policy opportunity; (3) the reinterpretation of ‘health’; (4) the particularity of Thai politics and institutions.

**คำสำคัญ:** กฎหมายสุขภาพแห่งชาติ นโยบายสุขภาพ

**Keywords:** national health act, health policy

\* นักศึกษา หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการเมืองการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีจุดกำเนิดมาจากแนวคิดที่ว่าเรื่องสุขภาพไม่จำกัดอยู่ที่เพียงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่เป็นสุขภาพหรือสุขภาวะ (well-being) ของคน ครอบครัว ชุมชนและสังคม มีลักษณะเป็น เรื่องของวิถีชีวิตที่อยู่ในชุมชนและสังคม และมีความหมายกว้างไปกว่าสุขภาพในมิติที่การแพทย์และการสาธารณสุขจะ จัดการได้โดยลำพัง ดังนั้น สุขภาพตามความหมายในพระราชบัญญัตินี้จึงเป็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย ผลกระทบ และระบบที่ซ้อนทับอยู่กับเรื่องของชีวิตและสังคม (อำพล, 2546, 14-17) และจากมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ระบุชัดเจนว่า “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

งานศึกษานี้จึงต้องการศึกษาและทำความเข้าใจเส้นทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อ ความสำเร็จในการผลักดันกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการพิจารณากระบวนการนโยบายที่นำไปสู่การประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ภายใต้ปรากฏการณ์ทางการเมืองที่มีกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาต่อรองเชิงสถาบัน ว่า ใครเป็นผู้สนับสนุนหรือคัดค้านการเปลี่ยนกฎกติกาเหล่านี้ด้วยเหตุผลใด และแต่ละหน่วยมีบทบาทความสัมพันธ์ ระหว่างกันอย่างไร อีกประการเพื่อต้องการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสถาบันที่กำกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ตลอดจนข้อสังเกตที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยงานศึกษานี้ได้ นำทฤษฎีและกรอบความคิดในทางกระบวนการนโยบาย ได้แก่ (1) Advocacy Coalition Framework (2) Multiple Streams Analysis (3) Narrative Policy Framework มาอธิบายกระบวนการนโยบายกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ และวิเคราะห์ เปรียบเทียบว่าทฤษฎีใดมีจุดเด่น จุดด้อย ในการอธิบายกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของไทย ซึ่งงานศึกษาชิ้นนี้จะ ทำให้เห็นถึงปัจจัยที่แสดงความสำเร็จของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ว่าเกิดจากสาเหตุปัจจัยใดบ้าง รวมถึงบริบท โครงสร้างทางสังคมการเมืองแบบใดที่มีส่วนทำให้การผลักดันสำเร็จ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสำเร็จของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดจากลักษณะเฉพาะของ กลุ่มปฏิรูปสุขภาพ และโครงสร้างสถาบันทางการเมืองของไทย และเป็นตัวแบบในการศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะไทย

## วิธีการวิจัยและ Proposition

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักเพื่อศึกษากระบวนการนโยบายกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยมีขอบเขต ช่วงเวลาการศึกษาตั้งแต่การออกกระเปาะสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 จนถึง การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สำหรับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ การ วิเคราะห์ทบทวนเอกสาร (documentary research) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in depth interview) โดยในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ศึกษาจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key Informant) ซึ่งจะเป็นบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวปฏิรูปสุขภาพ โดยการใช่วิธีการศึกษาทั้งสองรูปแบบจะ

ทำให้สามารถทำให้เข้าใจปรากฏการณ์และอธิบายความสำเร็จของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ และโครงสร้างสถาบันทางการเมืองของไทย ได้

เป้าหมายหลักของการศึกษานี้มุ่งอธิบายกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของไทย โดยเน้นไปที่การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคม เครือข่ายนโยบาย กลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มกดดัน และปัจจัยแวดล้อม ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นและทบทวนวรรณกรรมทำให้ได้กรอบการวิเคราะห์ ซึ่งอยู่บนฐานของข้อเสนอ (Proposition) 4 ประการ ดังนี้

1. กลุ่มผลประโยชน์เข้ามามีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยร่วมมือกับกลุ่มกดดันหรือเครือข่ายให้รัฐบาลเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สอดคล้องกับแนวทางของกลุ่มตน โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองครั้งสำคัญ (Critical Change)

2. ปัจจัยทางด้านเครือข่ายความสัมพันธ์ของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพและผู้อำนาจทางการเมือง มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการผลักดันกฎหมายสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ ความสัมพันธ์ของตัวแสดงทางนโยบาย (policy actor) กับคนที่เข้าไปอยู่ในกระบวนการ (process) กล่าวคือ กลุ่มปฏิรูปสุขภาพมิใช่แค่ผู้ทำหน้าที่ “สะพาน” เชื่อมต่อระหว่างฝ่ายการเมืองกับภาคประชาชนเท่านั้น แต่ยังเข้าไปมีบทบาททางการเมืองโดยตรงเมื่อมีโอกาส

3. การจัดโครงสร้างสภานิติบัญญัติในรูปแบบระบบสภาเดี่ยว (Unicameral System) ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประชาธิปไตย ซึ่งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ทำหน้าที่ทั้งสภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา และรัฐสภา ทำให้กระบวนการนิติบัญญัติไม่ซับซ้อน มีองค์ที่เกี่ยวข้อย่อยกว่าระบบสภาคู่ ทำให้รัฐสภาสามารถผ่านกฎหมายแต่ละฉบับได้อย่างรวดเร็ว

4. ระบบการเมืองที่มีลักษณะรวมศูนย์อำนาจค่อนข้างมาก มีแนวโน้มที่จะผลักดันนโยบายที่เป็นการปฏิรูปได้มากกว่า แต่ผลต่อการเปลี่ยนแปลงในตัวโครงสร้างองค์กรเองกลับทำได้ค่อนข้างน้อย นอกจากนี้การปฏิรูปนโยบายสุขภาพที่ริเริ่มโดยรัฐ หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาคประชาสังคม อาจไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างมากเท่าที่ตั้งใจไว้

จากข้อเสนอ (Proposition) ทั้งนี้ 4 ประการที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าลักษณะของความสัมพันธ์ของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้อำนาจทางการเมือง และการมีช่องทางที่สามารถเข้าสู่โครงสร้างในการกำหนดนโยบาย จะส่งอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพได้ เป็นผลให้การผลักดันและการตัดสินใจด้านนโยบายเป็นไปตามความต้องการของกลุ่ม นำไปสู่ความสำเร็จและความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ

### ผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าเส้นทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาตินี้ เริ่มต้นตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2543 คณะกรรมการสาธารณสุขของวุฒิสภา ที่มี ศ.นพ. ประสพ รัตนากร เป็นประธาน และ ศ.นพ. เกษม วัฒนชัย เป็นหัวหน้าคณะทำงานได้เสนอรายงาน “รายงานระบบสุขภาพแห่งชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” และถือกันว่าเป็นครั้งแรกที่คำว่า “ระบบสุขภาพ” (Health Systems) ถูกใช้อย่างเป็นทางการ เพื่อให้ความหมายที่ครอบคลุมกว้างกว่าระบบสาธารณสุข (Public Health Systems) ที่ใช้กันมาแต่เดิม ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เห็นว่าในขณะนั้นระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงให้

สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน และให้ตอบสนองต่อเจตนารมณ์ของบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 จึงได้เสนอให้คณะรัฐมนตรีหรือกระเปาะียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 และจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปส.) เพื่อทำหน้าที่ดำเนินการให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรี เป็นกลไกเชื่อมโยงภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคสังคม ให้เข้ามาพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นกรอบทิศทางในการดำเนินการด้านสุขภาพของชาติ และมีสมัชชาสุขภาพทุกระดับเพื่อเป็นเวทีพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง กระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเริ่มตั้งแต่การจัดเวทีสาธารณะประมาณ 550 เวที และเสนอเป็นร่างพระราชบัญญัติให้แก่วรัฐบาลเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2545 ในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 8-9 สิงหาคม พ.ศ. 2545 จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นเวทีสาธารณะรับฟังความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติครั้งใหญ่และครั้งสุดท้ายก่อนปรับปรุงเสนอคณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ และส่งมอบให้รัฐบาลดำเนินการต่อ และใช้เวทีการจัดสมัชชาสุขภาพในครั้งนี้เป็นแนวทางในการจัดสมัชชาสุขภาพในอนาคตต่อไป ประธานคณะทำงานในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้คือ นายไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม และมี พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้กล่าวปาฐกถาแสดงเจตนารมณ์ทางการเมืองไว้ว่า

เมื่อเป็นความปรารถนาของประชาชน อยากจะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อจะทำให้เรื่องของสุขภาพแห่งชาติไม่ได้เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือเป็นเรื่องของรัฐบาลเท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ในฐานะที่ผมเป็นรัฐบาล ผมมีหน้าที่จะต้องทำตามความปรารถนาของคนส่วนใหญ่ เพื่อคนส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้น เรื่องนี้รัฐบาลจะรับเข้าไปสู่กระบวนการบริหารและกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป (อำพล, 2546, 122)

ล่วงเวลามาจนถึงปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลทักษิณก็ได้เห็นชอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ผ่านการปรับปรุงจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรได้พิจารณาให้ความเห็นชอบต่อร่างพระราชบัญญัติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2548 (มติเห็นชอบ 277 เสียง งดออกเสียง 3 เสียง ไม่เห็นชอบ 0 เสียง) พร้อมทั้งตั้งคณะกรรมการวิสามัญพิจารณา ซึ่งได้ประชุมไปทั้งหมด 7 ครั้ง พิจารณาไปจนถึงมาตรา 16 ของร่าง รัฐบาลทักษิณก็ได้ประกาศยุบสภาเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 เป็นผลให้ร่างพระราชบัญญัตินี้ตกไปจนกระทั่งได้มีการแต่งตั้งคณะรัฐมนตรีชุดใหม่เข้ารับบริหารประเทศภายหลังเหตุการณ์รัฐประหาร 19 กันยายน 2549 ด้วยรัฐบาลสุรยุทธ์ จุลานนท์ ก็ได้ให้ความเห็นร่างพระราชบัญญัตินี้และส่งต่อให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาประกาศใช้เป็นกฎหมายอย่างเป็นทางการ พร้อมกับเปลี่ยนสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) เป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยมีกลไกธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment) และสมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ การปฏิรูปสุขภาพครั้งนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงทิศทางของนโยบายสาธารณะสุขภาพ ทำให้การกำหนดนโยบายสาธารณะผ่านกลไกนโยบายที่เป็นทางการ (Official Policy Process) ที่หน่วยงานภาครัฐผูกขาดบทบาทหน้าที่ในการกำหนดและพัฒนานโยบายด้านสุขภาพไว้กับสถาบัน องค์กร และระบบราชการต้องเปลี่ยนไป (โกมาตร, 2558, 32-33)

ปรากฏการณ์ทางการเมืองและนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นกับกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ หากย้อนกลับไปเมื่อปี พ.ศ. 2543 เริ่มต้นตั้งแต่การออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) หน้าที่หลักคือ การเสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และดำเนินการยกร่างกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายให้กฎหมายดังกล่าวมีผลใช้บังคับภายในระยะเวลาสามปี นับแต่วันที่คณะกรรมการประชุมนัดแรก ภายใต้กระแสนโยบายการปฏิรูปเมืองและรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งได้กระตุ้นให้เกิดการปฏิรูปในเรื่องต่าง ๆ หลายเรื่อง วาระเรื่องสุขภาพก็เป็นหนึ่งประเด็นที่มีการหยิบยกขึ้นมาพิจารณาเพื่อให้ตอบสนองเจตนารมณ์และบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ สอดรับกับการปฏิรูปเศรษฐกิจและสังคมส่วนอื่นที่กำลังดำเนินการอยู่ในห้วงเวลานั้น แต่ทั้งที่จริงแล้วการผลักดันเรียกร้องให้มีการปฏิรูปสุขภาพได้ดำเนินการโดยนักวิชาการและกลุ่มคนในแวดวงสาธารณสุขมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี (วิพุธ และคณะ, 2543, 76) ในช่วงตลอดระยะเวลาหลายปีของการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ อำพล จินดาวัฒนะ ในฐานะผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และเลขาธิการคนแรกของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวถึงเส้นทางของกฎหมายฉบับนี้ไว้ว่า ไม่ได้เป็นมาอย่างราบรื่นนัก โดยเฉพาะในช่วงของการผลักดันร่างกฎหมายเพราะต้องเผชิญกับแรงเสียดทานจากหลายส่วนทั้งจากโครงสร้างอำนาจเดิมของระบบราชการและแรงต่อต้านจากกลุ่มแพทย์อีกกลุ่ม รวมถึงแรงกดดันทางการเมืองจากผู้มีอำนาจตัดสินใจ (อำพล, 2550, 2-17)

ในระหว่างเส้นทางของการผลักดันเคลื่อนไหวกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ผู้ศึกษามีข้อสังเกตว่า กลุ่มปฏิรูปสุขภาพที่แม้จะเป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดตั้งอย่างเป็นทางการจากภาครัฐ มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายให้มาดำเนินการจัดทำร่างพระราชบัญญัติ แต่กลับเลือกกระบวนการและวิธีการเคลื่อนไหวที่ให้ความสำคัญกระบวนการทัศนทางการแพทย์ที่หลากหลาย และการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม ผ่านการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อให้กลุ่มต่าง ๆ มาแสดงเจตจำนงและแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดทิศทางของนโยบาย บทบาทของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ขณะที่หากพิจารณาบริบทของสถานการณ์ทางการเมืองในเส้นทางของกฎหมายนี้ พบว่าการปฏิรูปสุขภาพได้ก่อตัวมาตั้งแต่สมัยรัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้ง และสามารถผลักดันสำเร็จในช่วงที่รัฐบาลไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า การเคลื่อนไหวและผลักดันกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ สามารถเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมถึงขั้นกระบวนการกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) ได้ ผ่านกระบวนการต่อรองแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ จำนวนมาก มีทั้งการสนับสนุนผลักดัน ต่อสู้ต่อรอง และช่วงชิงนิยามความหมาย จังหวะและการเคลื่อนไหวของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ จึงมีความน่าสนใจ ความพยายามในการเรียกร้องเชิงนโยบายต่อรัฐให้มีการยอมรับและผลักดัน ผ่านขั้นตอน กระบวนการ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กรต่าง ๆ นอกจากนั้นบนเส้นทางของการผลักดันกฎหมายสุขภาพแห่งชาติยังดึงเอากลุ่มต่าง ๆ เข้ามาร่วมถกเถียง แลกเปลี่ยน การประนีประนอม อย่างเป็นทางการ บนฐานของการปรับเปลี่ยนวิถีคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบใหม่ จนได้รับการการกล่าวขานว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่จัดทำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคสังคม และเป็นตัวแบบของการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการจัดทำกฎหมายที่น่าสนใจ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนั้นเกิดขึ้นภายใต้บริบทสถานการณ์ทางการเมืองและสังคมที่กำลังเปลี่ยนผ่าน นับแต่จุดเริ่มต้นของกระบวนการที่รัฐบาลมาจาก

การเลือกตั้งบรรยากาศของการเพิ่มบทบาทประชาชนในการกำหนดนโยบาย มาจนถึงในช่วงที่โครงสร้างการเมืองเปลี่ยนไปสู่รัฐบาลที่ไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง และกลุ่มปฏิรูปสุขภาพได้มีโอกาสเข้าไปอยู่ในฐานะผู้มีอำนาจตัดสินใจ

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้างต้นนั้น งานศึกษานี้ต้องการตอบคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้การการผลักดันกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของไทยประสบความสำเร็จ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในกระบวนการนโยบาย จนกระทั่งนโยบายถูกผลักดันเป็นรูปธรรม (การประกาศใช้พระราชบัญญัติ) ประเด็นที่ควรพิจารณาจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องกลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มกดดัน กระบวนการนโยบายสาธารณะ เครื่องมือความสัมพันธ์เชิงนโยบายระหว่างฝ่ายต่าง ๆ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่แสดงออกผ่านการแลกเปลี่ยน ต่อรอง กดดัน การครอบงำ การผลักดัน ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นประเด็นที่เชื่อมโยงมิติความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและสังคม ดังนั้น ความสำเร็จของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ จึงเกิดขึ้นเพราะ (1) ลักษณะเฉพาะของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ และ (2) มีลักษณะสอดคล้องกับโครงสร้างสถาบันทางการเมืองของไทย

(1) ลักษณะเฉพาะของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ ในฐานะที่เป็นกลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มกดดัน การเมืองและกระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นเรื่องของการต่อรองระหว่างกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องหรือมีความต้องการที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะ กลุ่มปฏิรูปสุขภาพถือว่าบทบาทสำคัญในฐานะของการเป็นตัวแทนในการนำเสนอ กดดัน ผลักดันผลประโยชน์บางประการแทนพลเมือง เพราะพลเมืองอาจจะไม่มีมุมมองความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะและมีความคิดคลุมเครือต่อผลประโยชน์ของตนต่อนโยบายนั้น ๆ บทบาทของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพจึงเป็นตัวแทนในการนำเสนอประเด็นเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับนโยบายได้อย่างเชี่ยวชาญและมีชุดข้อมูลทางเลือกเชิงนโยบาย ความสำเร็จของการผลักดันนโยบายของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ ประการแรก สถานะเชิงยุทธศาสตร์ของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพที่เคลื่อนไหวและผลักดันโครงสร้างเชิงสถาบันหลายอย่างไว้ เช่น องค์กร กฎหมาย ประการที่สอง คุณลักษณะภายในของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพที่มีการจัดตั้งกันมาอย่างยาวนาน มีลักษณะความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง และประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวผลักดันในอดีต ประการที่สาม โครงสร้างเชิงสถาบันของรัฐที่เชื่อมกับกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ อันเป็นผลมาจากการผลักดันของการเคลื่อนไหวของกลุ่ม ขณะที่เครือข่ายนโยบายกับความสำเร็จในการผลักดันนโยบาย การอธิบายรูปแบบกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ ที่อยู่ในโครงสร้างการกำหนดนโยบายทั้งกลุ่มที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยที่กลุ่มเหล่านั้นมีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกันในช่วงตอนการกำหนดนโยบายสาธารณะ และขึ้นของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความสัมพันธ์ของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพกับรัฐ เป็นปัจจัยที่ทำให้การกำหนดนโยบายประสบความสำเร็จ เครื่องมือการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระหว่างรัฐบาลและกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กันในลักษณะใกล้ชิดสัมพันธ์กันนั้น เอื้อให้กฎหมายสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้น ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ พื้นฐานความสนใจ การร่วมมือกัน และการประสานผลประโยชน์ระหว่างกัน นอกจากนั้นยังมีตัวแสดงทางนโยบายตัวอื่น ๆ ที่อยู่ในกลุ่มผู้มีอำนาจกำหนดนโยบาย ความสัมพันธ์กันในลักษณะของการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างกัน วิธีการสร้างเครือข่ายการทำงาน ดังนั้น หน่วย



ผลประโยชน์จะสัมพันธ์กับหน่วยอื่น ๆ ด้วยการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งของตนเองและของเครือข่ายหน่วยผลประโยชน์ การต่อรอง ประนีประนอม มีลักษณะเป็นข้อตกลงกลาง ข้อกำหนดคร่อมหรือที่เรียกว่า กฎแห่งเกม (the rule of the game)

## (2) ลักษณะสอดคล้องกับโครงสร้างสถาบันทางการเมืองของไทย

การจัดโครงสร้างสภานิติบัญญัติ ในรัฐสมัยใหม่ (Modern State) ย่อมมีกฎหมายเป็นเครื่องมือสำคัญในการปกครองรัฐให้มีประสิทธิภาพ กล่าวได้ว่าไม่ว่าระบอบการปกครองจะเป็นรูปแบบใด กฎหมายเป็นกลไกที่จะขาดไปเสียมิได้ ดังนั้นนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โครงสร้างทางการเมืองการปกครองของรัฐจึงให้ความสำคัญแก่สถาบันนิติบัญญัติหรือรัฐสภาเป็นลำดับต้น ๆ แต่รัฐสภาในปัจจุบันไม่ได้ทำหน้าที่เพียงบัญญัติกฎหมายเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการถ่วงดุลฝ่ายบริหารและผลักดันนโยบายของรัฐบางประการให้บรรลุเป้าหมายอีกด้วย กรณีของไทยเมื่อร่างกฎหมายเสนอ โดยฝ่ายนิติบัญญัติคณะรัฐมนตรีก็จะเสนอร่างกฎหมายขึ้นมาประกบคู่ หรือฝ่ายค้านก็อาจเสนอร่างกฎหมายเพื่อให้มีการพิจารณาเช่นเดียวกัน เมื่อผ่านขั้นตอนรับหลักการไปแล้ว ส่วนใหญ่ก็จะใช้ร่างของคณะรัฐมนตรีเป็นหลักในการพิจารณา จึงดูเหมือนว่าฝ่ายนิติบัญญัติมิได้มีโอกาสในการเสนอกฎหมายที่มีผลทำให้เกิดนโยบายสาธารณะอย่างแท้จริง แต่ในความเป็นจริงแล้วกฎหมายหลายร่างเริ่มต้นขึ้นจากฝ่ายนิติบัญญัติ ดังนั้นการจัดโครงสร้างภายในของรัฐสภาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง

รัฐสภาถือกำเนิดจากแนวคิดที่เชื่อว่าอำนาจอธิปไตยในระบอบประชาธิปไตยนั้นต้องถือโดยปวงชนเป็นใหญ่ จึงต้องจัดให้มีผู้แทนปวงชนเพื่อไปออกเสียงแทนในเรื่องต่าง ๆ ที่มาจากกระบวนการเลือกตั้งเพื่อรับเอาความคิดเห็นของประชาชนไปปฏิบัติ ระบบโครงสร้างรัฐสภาในปัจจุบันสามารถแบ่งได้เป็นสองรูปแบบใหญ่ ได้แก่ ระบบสภาเดี่ยว (unicameral system) คือ ระบบที่รัฐสภา มีสภานิติบัญญัติเพียงสภาเดียว ประชุมพร้อมกัน ในเวลาและสถานที่เดียวกัน แต่อาจจะมีที่มาแตกต่างกัน ก็ได้ (เช่น มาจากการเลือกตั้งหรือแต่งตั้ง) และระบบสภาคู่ (bicameral system) คือ ระบบที่สมาชิกรัฐสภา มีสองฝ่ายหรือสองประเภทแยกกันคนละสภา ซึ่งสมาชิกสองประเภทนี้โดยทั่วไปมักจะมีคุณสมบัติที่แตกต่างกัน มีการประชุมกันคนละเวลาและสถานที่ มีอำนาจหน้าที่ไม่เหมือนกัน มีจำนวนสมาชิกของแต่ละสภาไม่เท่ากัน และบางกรณีอาจมีวาระการดำรงตำแหน่งแตกต่างกัน หรืออาจอยู่ในฐานะเป็นผู้แทนของประชาชนทั่วทั้งประเทศหรือแต่ละมลรัฐก็ได้ อย่างไรก็ตาม ในวาระพิเศษเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสำคัญสภาทั้งสองอาจมีการประชุมร่วมกันก็ได้ มีข้อพึงสังเกตว่าในบรรดารัฐต่าง ๆ ส่วนใหญ่ในโลกล้วนแต่เลือกใช้โครงสร้างรัฐสภาแบบสภาเดี่ยว และเป็นประเทศที่มีรูปแบบรัฐเป็นรัฐเดี่ยว (Unitary State) ส่วนประเทศที่ใช้โครงสร้างรัฐสภาแบบสภาคู่มักจะเป็นประเทศที่มีรูปแบบของรัฐเป็นสหพันธรัฐ (Federal State)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในอดีตที่ผ่านมา จัดโครงสร้างของรัฐสภาอยู่สองประเภท คือ ระบบสภาคู่ (Bicameral System) และระบบสภาเดี่ยว (Unicameral System) ซึ่งในแต่ละช่วงก็มีเหตุผลต่างกันไปว่าจะนำระบบโครงสร้างสภาแบบใดมาใช้ในการจัดโครงสร้างของรัฐสภาไทย ที่ผ่านมารัฐธรรมนูญทั้งสิ้น 19 ฉบับ มีรัฐธรรมนูญที่

ใช้สภาเดี่ยว 10 ฉบับ และรัฐธรรมนูญที่ใช้ระบบสภาคู่ 9 ฉบับ แต่มีข้อสังเกตว่าระบบสภาเดี่ยวของไทยยังไม่เคยใช้ระบบสภาเดี่ยวที่มีลักษณะสมบูรณ์ตามระบบประชาธิปไตยโดยแท้แต่ครั้งเดียว ในบรรดางานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับรัฐสภาไทย พบว่ามีข้อเสนอเกี่ยวกับจัดโครงสร้างรัฐสภาที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยแยกไปในสองทาง กล่าวคือ ฝ่ายแรกสนับสนุนให้จัดโครงสร้างแบบสภาเดี่ยว เพราะด้วยลักษณะที่ไม่เป็นประชาธิปไตยหรือขึ้นตอนที่ไม่มีเป็นประชาธิปไตยของสภาที่สอง (วุฒิสภา) สภาเดี่ยวจึงได้รับการกล่าวว่าเป็น "แนวโน้มแห่งอนาคต" แต่ในกรณีของไทยนั้น พบว่า สภาคู่กลับกลับเป็นที่นิยมเสียมากกว่า ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2489 ได้มีการจัดตั้ง พฤษสภา ที่มาจากการเลือกตั้งโดยอ้อม และได้รับการคาดหวังว่าจะปฏิบัติหน้าที่ในฐานะ "สภาที่วุฒิสภา" แนวคิดของการมีวุฒิสภาในขณะนั้นจึงตั้งอยู่บนฐานคิดของการมีสภาที่ปรึกษา เพื่อให้คำแนะนำแก่สภาผู้แทนราษฎร แต่แนวคิดดังกล่าวถูกบิดเบือนไปเมื่อวุฒิสภามีที่มาจากแต่งตั้ง ทำให้วุฒิสภาถูกแทรกแซง วุฒิสภาจึงกลายเป็น "สภาค้ำจุน" ที่คอยประคองเสถียรภาพของรัฐบาล ต่อมาเมื่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ประกาศใช้ และมีวุฒิสภามาจากการเลือกตั้ง วุฒิสภาจึงกลับมามีความชอบธรรมเพราะได้รับการจัดในฐานะ "สภาแห่งความถูกต้องชอบธรรม" ให้มีหน้าที่ที่ถ่วงดุลกฎหมายและควบคุมการบริหารงานของรัฐบาล ขณะเดียวกันในปัจจุบันในรัฐเดี่ยวได้หันมาใช้ระบบสภาเดี่ยว ที่มีสถานะนิติบัญญัติเพียงสถาบันเดียว เหตุผลหลักนอกจากเป็นเหตุผลเรื่องทางภูมิศาสตร์แล้ว ยังมีข้อสนับสนุนในเรื่องความล่าช้าและประสิทธิภาพของระบบสภาคู่ที่มีกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนและสิ้นเปลืองกว่า การปฏิบัติหน้าที่องค์กรนิติบัญญัติและตอบสนองผลประโยชน์ของรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพของสภาเดี่ยวจึงเป็นการปฏิเสธสภาที่สองไปโดยปริยาย (ธราวุฒิ, 2554, 182-185)

ฝ่ายที่สอง คือ ฝ่ายที่เสนอให้จัดโครงสร้างรัฐสภาเป็นแบบสภาคู่ ฝ่ายนี้เห็นว่าโครงสร้างรัฐสภาแบบสภาคู่เป็นการกำหนดของโครงสร้างรัฐสภาที่เหมาะสมกับประเทศไทย เพราะระบบสภาคู่เป็นระบบที่สอดคล้องกับวิวัฒนาการของการเมืองไทยที่ดำรงอยู่ภายใต้การแบ่งปันอำนาจและต่อรองผลประโยชน์ระหว่างกลุ่มพลังทางการเมืองและสังคมต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นว่า ประเทศไทยได้ใช้ระบอบสภาคู่มาโดยตลอด โดยเฉพาะในช่วงที่สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรมาจากการเลือกตั้งของประชาชน ระบบสภาคู่ยังเป็นระบบที่เหมาะสมกับโครงสร้างและสถานการณ์ทางการเมืองของไทย ภายใต้การปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขในระบบรัฐสภา การแข่งขันเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเป็นลักษณะของการช่วงชิงอำนาจทางการเมืองของพรรคการเมืองแบบสองขั้วอำนาจ การมีสภาที่สองจึงมีความสำคัญในการลดทอนการใช้อำนาจอย่างเบ็ดเสร็จของขั้วการเมืองที่ชนะการเลือกตั้ง เป็นการนำข้อดีของระบบสภาคู่มาใช้สร้างดุลอำนาจในการเมืองไทย (สตีธร, 2558, 28-47)

ระบบการเมืองที่มีลักษณะรวมศูนย์อำนาจ ระบบการเมืองที่มีลักษณะรวมศูนย์อำนาจค่อนข้างมากมีแนวโน้มที่จะผลักดันนโยบายที่เป็นการปฏิรูปได้มากกว่า แต่ผลต่อการเปลี่ยนแปลงในตัวโครงสร้างองค์กรเองกลับทำได้ค่อนข้างน้อย ในขณะที่ระบบการเมืองที่มีลักษณะกระจายอำนาจ การผลักดันนโยบายเชิงปฏิรูปจะทำได้ยากกว่า แต่กลับมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากกว่าภายใต้เงื่อนไขนโยบายเดิมที่มีอยู่แล้ว (adjustment within existing policy)



arrangements) กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงมีลักษณะค่อย ๆ เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปในระยะยาวผ่านบุคลากรในระดับปฏิบัติการ โดยมีแรงผลักดันหลักจากปัจจัยด้านการควบคุมและแบ่งเบาภาระต้นทุน ในประเทศที่มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ โดยเฉพาะเรื่องงบประมาณ มักจะมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าและเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้เกิดจากการปฏิรูป (Hacker, 2004, 693-724) ในการศึกษาพัฒนาการของการปฏิรูปสุขภาพเชิงเปรียบเทียบ Jacob S. Hacker (2004) ได้พัฒนาแบบจำลองเกี่ยวกับการเมืองของการปฏิรูปนโยบาย (politics of reforms) ในบริบทของนโยบายสุขภาพเชิงเปรียบเทียบ (comparative health policy analysis) เพื่อศึกษาความแตกต่างในขั้นตอนของกระบวนการนิติบัญญัติ และขั้นตอนที่นโยบายได้รับการนำไปใช้ปฏิบัติจริง โดยเน้นศึกษาในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ อังกฤษ แคนาดา เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา งานวิจัยเสนอว่า การปฏิรูปนโยบายสุขภาพที่ริเริ่มโดยรัฐ (government-initiated reforms) ไม่ค่อยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างมากเท่าที่ตั้งใจไว้ แต่ผลในเชิงการปฏิรูปหลายอย่างกลับเกิดขึ้นนอกเหนือไปจากสิ่งที่ได้ตั้งใจไว้ในขั้นตอนของการออกกฎหมาย หรือที่ในงานวิจัยนี้เรียกว่า การปฏิรูปที่ไร้การเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงที่ไร้การปฏิรูป (reform without change and change without reform)

เนื่องจากยังไม่มียานศึกษาใดที่ใช้วิธีการศึกษากระบวนการนโยบายสาธารณะของไทยผ่านการเปรียบเทียบ ทฤษฎีที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ดังนั้น งานศึกษานี้จะนำทฤษฎีและกรอบความคิดในทางกระบวนการนโยบาย (policy process theory) จำนวน 3 ทฤษฎี ได้แก่ (1) Advocacy Coalition Framework (2) Multiple Streams Analysis (3) Narrative Policy Framework มาอธิบายกระบวนการนโยบายกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบว่า ทฤษฎีใด มีจุดเด่น จุดด้อย ในการอธิบายกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของไทย กล่าวคือ

Advocacy Coalition Framework อธิบายกระบวนการนโยบายผ่านการแข่งขันระหว่างกลุ่มที่มีผลประโยชน์และความเชื่อ (belief) ต่างกัน การปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มจะเกิดขึ้นในระบบย่อย (policy subsystem) โดยในระบบย่อยจะได้รับอิทธิพลจากสองส่วน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายนอก (external factors) เช่น สถานการณ์ทางสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic conditions) และผลของปัจจัยที่ค่อนข้างคงที่ (relatively stable parameters) เช่น โครงสร้างทางสังคมพื้นฐาน (basic social structure) และกฎเกณฑ์ทางรัฐธรรมนูญ (constitutional rules) ระบบย่อยจะเป็นหน่วยการวิเคราะห์ (unit of analysis) ของทฤษฎี Advocacy Coalition ในการทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย ซึ่งประกอบไปด้วยองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความสนใจในประเด็นปัญหาทางนโยบาย ซึ่งองค์กรเหล่านี้จะมีการจัดตั้งกลุ่มขึ้นเป็นพันธมิตรทางนโยบาย (advocacy coalition) ตามระบบความเชื่อ เช่น ค่านิยมพื้นฐาน (basic values) ข้อสมมติเชิงเหตุผล (causal assumptions) วิธีการมองปัญหา (problem perception) และสิ่งที่ควรจะเป็น (normative axioms) โดยพันธมิตรทางนโยบายจะร่วมมือและประสานงานระหว่างกัน เพื่อปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์หรือสถาบันในระบบรัฐ ให้เป็นไปตามระบบความเชื่อและเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม

กระบวนการทำงานของพันธมิตรนโยบาย ประกอบด้วย (1) การพัฒนาและใช้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวผู้มีอำนาจตัดสินใจ (2) เข้าไปมีบทบาทจัดการทางเลือกของนโยบายในขั้นตอนการตัดสินใจ (decision-making forum) (3) การสนับสนุนเจ้าหน้าที่หรือผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ที่มีระบบความเชื่อร่วมกันกับกลุ่ม

ทฤษฎี Advocacy Coalition จะพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายว่าเกิดขึ้นจาก (1) พันธมิตรนโยบาย เข้าไปมีส่วนร่วมในการบวนการผลักดันและต่อรอง (โดยทั่วไปจะกระทำผ่านตัวกลางหรือ policy broker) (2) การเปลี่ยนแปลงหรือการแทรกแซงโดยปัจจัยภายนอก (external perturbation) เช่น สภาพเศรษฐกิจสังคม การโยกย้ายทรัพยากร การปรับเปลี่ยนวิธีการมองปัญหา (3) ระบบความคิดเปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากกระบวนการเรียนรู้ ลองผิดลองถูก (trail-and-error) ในระหว่างที่มีส่วนร่วมในนโยบาย ส่งผลให้ระบบความคิดเปลี่ยนแปลงไป หรืออาจเกิดจากการรับรู้ข้อมูลใหม่ ซึ่งในทัศนะของทฤษฎี Advocacy Coalition จะให้ความสำคัญกับบทบาทของข้อมูลและกระบวนการเรียนรู้ ดังนั้นกระบวนการนโยบายจึงเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง (continuous) และมีลักษณะของการทำซ้ำ (iterative) มากกว่าจะเป็นกระบวนการในทิศทางเดียว (unidirectional) แล้วสิ้นสุด ดังนั้น Advocacy Coalition มีความเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อของตัวแสดงสำคัญภายในระบบ มากกว่าจะเกิดขึ้นจากการเข้ามาของตัวแสดงใหม่ ที่มีความเชื่อแตกต่างออกไป ดังนั้น การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ของกลุ่มปฏิรูปสุขภาพ และการมีพันธมิตรทางนโยบาย ทั้งในฝั่งภาคการเมือง ภาคประชาชน และการทำงานเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการผลักดันนโยบายปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติประสบความสำเร็จ

Multiple Streams Analysis (MSA) เป็นทฤษฎีที่ทำความเข้าใจการกำหนดวาระทางการเมือง (agenda setting) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งวัฏจักรของนโยบาย (policy cycle) Kingdon สร้างทฤษฎี Multiple Streams ขึ้นจากแบบจำลองถังขยะแห่งทางเลือกองค์กร (garbage can of organizational choices) โดยมีหัวใจสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่ “หน้าต่างแห่งโอกาส” (windows of opportunity) ซึ่งจะเปิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขที่กระแส (stream) สามประเภทเกิดขึ้นพร้อมกัน ได้แก่

- 1) กระแสนโยบาย (policy stream)
- 2) กระแสการเมือง (politics stream)
- 3) กระแสของปัญหา (problem stream)

MSA ยังเห็นต่างจากทฤษฎีที่มีข้อสมมติในเรื่องความมีเหตุผลมีผลของมนุษย์ (rational model) ตรงที่ Multiple Streams เห็นว่าคนที่อยู่ในกระบวนการตัดสินใจเองก็ไม่ได้มีการจัดลำดับความพึงใจที่ชัดเจน (problematic preference) บางครั้งก็ไม่รู้ว่าตนเองมีความต้องการใด ไม่แน่ชัดว่าเป้าหมายคืออะไร ข้อสมมติที่ว่าผู้ตัดสินใจมีความแน่วแน่ในเป้าหมายตั้งแต่เริ่มต้นไปจนจบกระบวนการนโยบายจึงเป็นข้อสมมติที่ไม่สมจริง เพราะในทางปฏิบัติผู้ตัดสินใจมักมีข้อจำกัดเรื่องเวลา ทำให้กระบวนการคิดเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจจึงทำไปเรื่อย ๆ ทีละขั้นตอนมากกว่า นอกจากนี้ องค์การยังอาจไม่มีเทคโนโลยีที่ชัดเจน (unclear technology) ในการแปลงทรัพยากรที่ตนเองมีให้ออกมาเป็น

ผลลัพธ์ที่ต้องการ เพราะต่างคนต่างสนใจในภาระหน้าที่ของตนเอง แต่มองภาพใหญ่ไม่ออกเมื่อถึงเวลาต้องทำงาน นโยบาย ว่าส่วนต่าง ๆ ขององค์กรควรต้องทำอะไรบ้าง ปัจจัยเหล่านี้จึงทำให้องค์กรทำงานในสถานะที่สับสนคลุมเครือ ความคลุมเครือและไร้ระเบียบของระบบ นำไปสู่การสร้างกุศโลบายทางการเมือง (political manipulation) เพราะความคลุมเครือเปิดช่องให้มีการใช้ดุลยพินิจ (discretion) ในการตีความเป็นช่องทางให้ผู้นำเสนอ นโยบาย (policy entrepreneur) นำเสนอมุมมอง เหตุผล ความหมาย การนิยามอัตลักษณ์ ในมิติที่ต่างออกไป ต่อทั้งผู้กำหนดนโยบายและต่อผู้ที่ยังไม่มีความคิดที่ชัดเจนในประเด็นนั้นๆ กุศโลบายจึงไม่ได้จำกัดอยู่แค่การแสดงการเคลื่อนไหว (action) แต่ยังรวมถึงการให้ความหมาย (meaning) ด้วย การให้ความสำคัญกับการดำเนินกุศโลบายทางการเมืองจึงทำให้ MSA มีความแตกต่างจากทฤษฎีสายการเลือกแบบมีเหตุผล คือมองว่าผู้เสนอ นโยบายไม่ได้มีแรงจูงใจเชิงผลประโยชน์หรือเคลื่อนไหวเพื่อจ้องฉกฉวยโอกาส (opportunistic) แต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังดำเนินกุศโลบายในระดับความคิดด้วย ในแง่แล้ว การที่เครือข่ายกลุ่มปฏิรูปสุขภาพเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองอย่างใกล้ชิด หรือมีเข้าไปมีบทบาทโดยตรง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองครั้งสำคัญ เช่น ภายหลังการเลือกตั้งทั่วไป หรือการรัฐประหาร จะช่วยให้การตัดสินใจและผลักดันการปฏิรูป และนโยบายต่าง ๆ เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ภายใต้กระแส นโยบาย (policy stream) เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ กระแสการเมือง (politics stream) ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และกระแสของปัญหา (problem stream) ที่ระเด็นปัญหาด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบ และมีความหมายกว้างไปกว่าการบริการทางแพทย์

Narrative Policy Analysis เป็นทฤษฎีแนว “หลังประจักษ์นิยม” (post-empiricism) เพื่ออธิบายและวิเคราะห์ กระบวนการนโยบาย ที่หันมาให้ความสนใจกับตัวบท เนื้อหา และการสร้างเรื่องราวของนโยบาย ว่าเนื้อหาหรือ “สาร” ของนโยบายมีการถ่ายทอดอย่างไร มีการจัดวางบริบท อย่างไร มีการสร้างข้อถกเถียงอย่างไร เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้สามารถมีอิทธิพลต่อการจัดระบบความคิด หรือวิธีการมองปัญหาของผู้กำหนดนโยบาย โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความไม่แน่นอน (uncertainty) มีความสลับซับซ้อน (complexity) หรือมีความขัดแย้งสูง (polarization) (Roe, 1994, p. 3)

Narrative Analysis เป็นสาขาหนึ่งของวิชาวรรณกรรมศึกษา ที่เรียกว่า “ศาสตร์แห่งการเล่าเรื่อง” (Narratology) โดยในเรื่องเล่าต่าง ๆ จะประกอบด้วยสามองค์ประกอบ คือ เรื่องราว (story) ตัวบท (text) และการเล่าเรื่อง (narration) (Rimmon-Kenan, 1983, 3) เรื่องราวในที่นี้หมายถึงกลุ่มของเหตุการณ์ (set of events) ในรูปแบบที่เป็นนามธรรมนอกเหนือไปจากที่ถ่ายทอดลงในตัวบท ตัวบทในที่นี้หมายถึงสารที่นำเสนอออกไป ทั้งในรูปของคำพูด ลายลักษณ์อักษร หรือสื่อในรูปแบบอื่น และการเล่าเรื่องในที่นี้หมายถึง กระบวนการผลิตเรื่องเล่า (narrative) ซึ่งอาจประกอบไปด้วยการพิจารณาการใช้คำอุปมาอุปมัย (metaphor) การสร้างความโดดเด่น (distinction) เป็นต้น ในแง่แล้ว กลุ่มปฏิรูปสุขภาพประสบความสำเร็จในการพยายามสร้างความหมายใหม่ให้กับคำว่า “สุขภาพ” จากเดิมที่มีจำกัดอยู่เพียงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่การพยายามให้ความหมายใหม่ว่าเป็นสุขภาพหรือสุขภาวะ (well-being)

ของคน ครอบครัว ชุมชนและเกี่ยวข้องกับปัจจัย ผลกระทบ และระบบที่ซ่อนทับอยู่กับเรื่องของชีวิตและสังคม จึงถือเป็นความสำเร็จและความสามารถในการสร้างความใหม่ให้กับ “สุขภาพ”

#### เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2558). *ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย: นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วม กับ ประชาธิปไตยแบบร่วมไต่ตรอง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพ.
- ชนพันธ์ ไปล่ประกอบทรัพย์. (2557). กลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มกดดัน และกระบวนการนโยบายสาธารณะ. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น*, 62-63.
- ธราวุฒิ สิริผดุงชัย. (2554). *ระบบสภาเดี่ยว : ทางเลือกของระบบรัฐสภาไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา กฎหมายมหาชน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิธิตา สิริพงศ์ทักษิณ. (2554). *การเมืองในนโยบายสื่อสาธารณะขององค์การกระจายเสียง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา รัฐศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). *คู่มือปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สติธร ธนานิธิโชติ. (2558). การสร้างคุณอำนาจภายในรัฐสภา : บทสังเคราะห์และข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิรูป โครงสร้างรัฐสภาของประเทศไทย. *วารสารสถาบันพระปกเกล้า*, 28-47.
- อนุสรณ์ ลีมนณี. (2542). *รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง: การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และเครือข่าย ความสัมพันธ์*. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2546). *ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิต และสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- \_\_\_\_\_. (2550). *ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิต และสังคม*. (เล่ม 2, บ.ก.) กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- เอนก เหล่าธรรมทัศน์. (2539). *มองเศรษฐกิจการเมืองไทย : ผ่านการเคลื่อนไหวของสมาคมธุรกิจ*. กรุงเทพฯ: คปไฟ.
- Ackrill Robert , และ Kay Adrian. (2011). Multiple streams in EU policy-making: the case of the 2005 sugar reform. *Journal Of European Public Policy*, 72-89.
- Bamber, S. ( 1997) . The Thai medical profession and political activism. In *In Political Change in Thailand : Democracy and Participation* (p. 233). London and New York: Routledge.
- D. Henstra. ( 2 0 1 0 ) . Explaining local policy choices: A Multiple Streams analysis of municipal emergency management. *Canadian Public Administration*, 241–258.



- E.M. Roe. (1994). *Narrative Policy Analysis: Theory and Practice*. Durham/London: Duke University Press.
- Ellen M. Immergut. (1992). *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press .
- Granville Sewell. (2005). *Actors, coalitions and the framework convention on climate change*. Massachusetts Institute of Technology: PhD Dissertation.
- J. Hukkinen, E. Roe, และ G.I. Rochlin. (1990). A salt on the land: A narrative analysis of the controversy over irrigation-related salinity and toxicity in California's San Joaquin Valley. *Policy Sci*, 307–329.
- J. W. Kingdon. (1995). *Agenda, Alternatives, and Public Policies*. (2nd Edition, ๒.๓.) New York: HarperCollins College Publishers.
- Jacob S. Hacker. (2004). *Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the*.
- Marsh, D., & Smith, M. (2000). Understanding policy networks: Towards a dialectical approach. *Political Studies*, 48(1), 4-21.
- Mavis N. Schorn. (2005). Emergency Contraception for Sexual Assault Victims: An Advocacy Coalition Framework. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 343 - 353.
- Roe, E.M. (1994), *Narrative Policy Analysis: Theory and Practice*, Durham/London: Duke University Press
- Rhodes, R. (2007). Understanding governance: Ten years on. *Organization Studies*, 28(8), 1243–1264.